

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL VALLE CENTRO DE DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL-VALLE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		76				
			Código Centro		922910				
			Fecha Elaboración		Mayo de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		82965-867949				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		JUAN CARLOS MORCILLO IMBACUA		Banco a consignar:		BANCO BBVA			
Cédula de Ciudadanía		94.452.022		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		jcmorcillo@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0563173491			
IP/N° de contacto:		0		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO			
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
N° del contrato:		7433662/2025		N° Compromiso SIIF	11425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR, OFERTA REGULAR PERIODO FIJO EN EL CENTRO DISEÑO TECNOLÓGICO INDUSTRIAL DE ACUERDO CON DIRECTRICES Y							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/05/2025		Al		31/05/2025			
Número de pago		4		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 22.997.555			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00		Valor Total del Contrato:		\$ 35.416.235			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 18.398.044			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.460		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.704.460,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		86013190		Base retención en la fuente a titulo de ICA		0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8299		0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Pro-UCEVA		22.998,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Universidad del Pacífico		0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 459.951				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 26.227.473		\$ 901.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.423.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.576.513,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS TRECE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
TS - Ficha 3215744 - Apoyo a la Formación, ADSO - Ficha 2948651 - Apoyo a la Formación									
ADSO - Ficha 2758303 - Apoyo a la Formación, ADSO - Ficha 2627034 - Apoyo a la Formación									
ADSO - Ficha 2627035 - Apoyo a la Formación, ADSO - Ficha 3015076 - Apoyo a la Formación									
ADSO - Ficha 3118326 - Apoyo a la Formación, ADSO - Ficha 3118570 - Apoyo a la Formación									
ADSO - Ficha 3070095 - Apoyo a la Formación, TPS - Ficha 3070100 - Apoyo a la Formación									
Reunión con líderes de las fichas, equipo ejecutor y coordinación									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí									
<div></div>									
JUAN CARLOS MORCILLO IMBACUA EL CONTRATISTA									
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:									
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;									
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;									
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.									
<div>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</div>									
VICTOR GABRIEL QUIJANO VIDAL INSTRUCTOR G12									
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:									
EL ORDENADOR DEL PAGO ALEX AMED VALENCIA ROJAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2025-04	2025-04	I	06/05/2025	86013190	\$534.100	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	94452022	JUAN CARLOS MORCILLO IMBACUA		Calle 59 #4D-59	0000000	juacamor@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	06/05/2025	86013190	10
					TOTAL A PAGAR
					\$534.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	94452022	MORCILLO IMBACUA JUAN CARLOS	59	0		N																		25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	ESSC24	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, mayo de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1.190.463.974	ASHLEY JANETH MORCILLO VALENCIA	HIJO
-------------	----------------------	--	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: JUAN CARLOS MORCILLO IMBACUA .

C.C. 94.452.022 .



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.190.463.974

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43372886

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	E	H	V
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE BUENAVENTURA HOSP REGIONAL DE BUENAVENTURA - COLO															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
MORCILLO								VALENCIA							
Nombre(s)															
ASHLEY JANETH															
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH			
Año	2	0	1	1	Mes	M	A	Y	Día	2	4	FEMENINO	O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA VALLE BUENAVENTURA															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos												Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO												10586983-3			

Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
VALENCIA MOSQUERA SAILY JANETH															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 38.555.181												COLOMBIA			

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
MORCILLO IMBACUA JUAN CARLOS															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 94.452.022												COLOMBIA			

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
MORCILLO IMBACUA JUAN CARLOS															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
CC 94.452.022															

Datos primer testigo															
Apellidos y nombres completos															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			

Datos segundo testigo															
Apellidos y nombres completos															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			

Fecha de inscripción												Nombre y firma del funcionario que autoriza			
Año	2	0	1	1	Mes	M	A	Y	Día	2	5	ALBA JULIA BERMUDEZ CASTRO - REGI			
												Nombre y firma			

Reconocimiento paterno												Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
Firma												Nombre y firma			

ESPACIO PARA NOTAS															

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

LA PRESENTE REPRODUCCION MECANICA ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN NUESTRAS OFICINAS. ADQUIERE CARÁCTER DE ORIGINAL. ÉSTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO SEGÚN DECRETO 2189 DE AGOSTO DE 1983. VALIDO PARA TODO EFECTO LEGAL. VALIDO SIN SELLOS ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.

FECHA **03 DIC. 2018**


CARLOS ARTURO SALAZAR
Registrador Especial del Estado Civil
Buenaventura – Valle

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.190.463.974**
MORCILLO VALENCIA

APELLIDOS
ASHLEY JANETH

NOMBRES
ASHLEY J. morcillo

FIRMA




ÍNDICE DERECHO

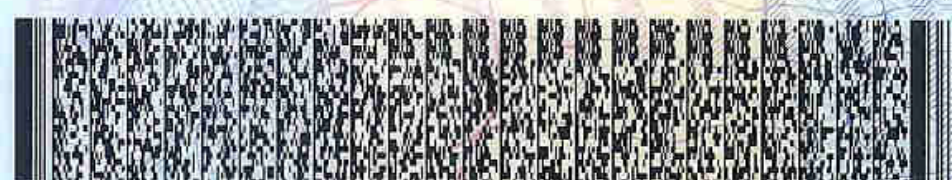
FECHA DE NACIMIENTO **24-MAY-2011**
BUENAVENTURA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
24-MAY-2029

FECHA DE VENCIMIENTO **O+** SEXO **F**
G S RH

05-DIC-2018 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHIA



P-3101900-01062855-F-1190463974-20190218 0064524371A 1 2975254706